

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1919-1920 -- N° 116

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
LA SÉMÉIOLOGIE THORACIQUE
DU FOIE ET DE LA BASE DROITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DESMAROUX

Croix de Guerre et Médaille des Epidémies

Né à Huriel, Allier, le 14 Août 1892



LYON
IMPRIMERIE DU CENTRE — COMMARMOND & SALLAZ
9, RUE QUATRE-CHAPEAUX

Février 1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SÉMÉIOLOGIE THORACIQUE

DU FOIE

ET DE LA BASE DROITE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . *Doyen* — LÉPINE . . . *Assesseur*

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BÉRARD
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes.	POLLOSSON (A.)
Physique biologie, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	GUIART
Anatomie	X...
Anatomie générale et Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	MOURIQUAND
Anatomie Pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	COURMONT
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladie des oreilles du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	LATARJET	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	COTTE
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	DUROUX
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	BONNAMOUR, chargé
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	des fonctions.
LAROYENNE	THÉVENOT (LÉON)	FROMENT	SARVONAT id.
VORON	TAVERNIER	THÉVENOT (LUCIEN)	GRAVIER id.
NOGIER	CADE	PIÉRY	ROUBIER id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOURIQUAND, *Président* ; PAVIOT, *Assesseur* ;

MM. CADE, et BONNAMOUR, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1919-1920 -- N° 116

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA SÉMÉIOLOGIE THORACIQUE
DU FOIE ET DE LA BASE DROITE



— — — — —
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DESMAROUX

Croix de Guerre et Médaille des Epidémies

Né à Huriel, Allier, le 14 Août 1892



LYON
IMPRIMERIE DU CENTRE — COMMARMOND & SALLAZ
9, RUE QUATRE-CHAPEAUX

—
Février 1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR G. DESMAROUX.

Médecin-Chef de l'Hôpital Civil de Vichy

A MA FIANCÉE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS ET AMIS
MORTS POUR LA FRANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES MOURIQUAND

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

A MES CHEFS DE SERVICE

DANS LES HOPITAUX

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	Page 9
CHAPITRE I. — Données anatomo-topographiques de la région hépatique	— 11
CHAPITRE II. — Séméiologie thoracique du foie nor- mal et de la base droite	— 15
L'exploration radiologique	— 23
CHAPITRE III. — Séméiologie pathologique du foie et de la base droite	— 30
L'Exploration radiologique	— 50
Observations	— 56
Conclusions	— 69
Index bibliographique	— 71

INTRODUCTION

Les moyens d'investigation chaque jour plus précis que le Laboratoire et la Radiologie donnent à la clinique permettent de diagnostiquer de façon certaine la plupart des affections.

Il semble cependant que, pour le foie et la base droite, la séméiologie n'ait pas cédé complètement la place à la Radiologie, quoique plus exacte, les installations radioscopiques n'étant malheureusement pas à la portée de tous les praticiens.

C'est pourquoi, dans cette étude inspirée par M. le professeur Mouriquand, nous nous sommes efforcés de réunir tous les renseignements fournis par la percussion de la base droite et du foie dans l'étude de cet organe à l'état normal et à l'état pathologique.

La séméiologie du foie n'est pas univoque et là plus qu'ailleurs on est surpris de trouver des différences considérables dans les limites de la matité hépatique chez des individus normaux (adultes ou enfants).

Mais il faut avoir soin d'écarter les causes d'erreur possibles : états pathologiques des organes voisins se traduisant par une matité thoracique qui paraît se confondre avec celle du foie ou augmenter son étendue : lésions de voisinage, costodiaphragmatites dis-

crêtes, péritonite sous-hépatique, etc..., l'emphysème pulmonaire, le météorisme des anses intestinales, du côlon, etc... qui diminuent ou couvrent cette même matité.

Il faut aussi tenir compte de la position du sujet, le foie descendant plus ou moins bas, dans les diverses attitudes.

Cette étude séméiologique du foie et de la base droite normale constituera la première partie de notre travail. Dans une autre partie, nous essaierons d'abord de montrer l'importance des signes fournis par la matité et l'obscurité respiratoires dans les affections pathologiques de la base droite et ensuite de les rapporter à leur véritable cause.

Nous avons trouvé dans les articles de Mouriquand, Devé, Castaigne, Chiray, Paviot, Chauffard, Paillard, Lejars, Sergent, Cassaët, Beclère, Desternes, Baudon, etc... des données très intéressantes et que nous signalerons au cours de ce travail.

M. le docteur Coste nous a été d'un précieux secours car il nous a fourni le contrôle radioscopique dans plusieurs de nos observations ; nous ne saurions trop le remercier ici.

Mais surtout nous avons à cœur de témoigner, à M. le professeur Mouriquand, notre vive reconnaissance ; il a été pour nous, au cours de nos études et dans l'élaboration de ce travail, le guide sûr et obligeant.

CHAPITRE 1

DONNÉES ANATOMO-TOPOGRAPHIQUES DE LA RÉGION HÉPATIQUE

Le foie est situé dans la cavité abdominale dont il occupe surtout la partie droite. Il est intimement en rapport avec la coupole diaphragmatique qui, on le sait, présente de ce côté une voussure plus marquée qu'à gauche et par là même, le foie empiète pour ainsi dire sur la cavité thoracique. C'est pour cette raison qu'à l'état normal et surtout à l'état pathologique une notable portion de la glande n'est perceptible qu'à travers la paroi costale. Comme à ce niveau la plèvre et même les lames pulmonaires inférieures descendent dans les sinus costodiaphragmatiques, la séméiologie de leurs affections propres pourra voiler les perceptions hépatiques ou les simuler et inversement la séméiologie hépatique pourrait en imposer pour une affection pulmonaire ou pleurale. Il nous paraît donc intéressant de délimiter exactement les rapports réciproques de ces organes, si étroitement unis par la clinique. Cette différenciation anatomique est utile, comme aide et comme contrôle de la différenciation clinique.

Le lobe droit est, à l'état normal, presque entièrement coiffé par la base du thorax, sauf en avant où il déborde un peu le rebord costal, pour se mettre directement en rapport avec la paroi abdominale antérieure. Ce lobe présente donc deux segments, l'un thoracique, l'autre abdominal.

Dans le segment thoracique, la partie supérieure de la face convexe du foie coiffée du diaphragme se projette en avant dans le V^e espace intercostal dont elle est séparée par les feuillets pariétal et viscéral de la plèvre, entre lesquels s'insinue encore à ce niveau la partie antéro-inférieure du poumon. A mesure que l'on descend la face convexe du foie, on se rapproche de la paroi thoracique antérieure et l'on abandonne successivement le rapport pulmonaire au niveau d'une ligne décrivant la VI^e côte et plus bas le rapport du cul-de-sac pleural au niveau du VII^e cartilage costal. Au-dessous de cette ligne, le foie n'est séparé du grill costal que par le diaphragme.

Nous venons de voir qu'en avant la matité hépatique commence au V^e espace intercostal, sur le côté elle commence au VI^e et ceci à cause de l'obliquité des côtes. A ce niveau la matité hépatique se trouve séparée de la région axillaire par une zone sonore mesurant trois travers de doigt et qui n'est autre chose que la région sous-axillaire.

En somme, à droite, en allant de haut en bas, nous rencontrons successivement :

- a) la région axillaire (sonore) ;
- b) la région sous-axillaire (sonore et mesurant trois travers de doigt environ) ;

c) la région hépatique (mate).

Les limites respectives de la région sous-axillaire et hépatique se modifient avec les mouvements respiratoires, l'inspiration faisant descendre cette limite de un à deux travers de doigt environ. Ainsi que le montre la Radioscopie, le bord inférieur du foie s'abaisse jusqu'au niveau de la crête iliaque dans l'inspiration forcée et la coupole hépatique remonte même jusqu'au mamelon dans l'expiration complète.

En arrière, les rapports du foie, du poumon et de la plèvre sont plus intimes et sur une plus grande étendue. En effet, la coupole hépatique se projette au niveau de la VIII^e ou IX^e côte, le poumon descend jusqu'à la X^e côte environ et la plèvre au niveau de la XII^e côte.

Dans le segment abdominal le bord inférieur du foie décrit en avant une ligne obliquement descendante, qui, partant du cartilage de la VII^e ou VIII^e côte gauche, atteint le cartilage de la IX^e ou X^e côte droite. Entre cette ligne et le rebord costal le foie est accessible directement sous la peau. Dans les cas de thorax faiblement développés, cette ligne peut s'abaisser à deux ou même trois travers de doigt au-dessous de la pointe xyphoïdienne.

Partout ailleurs le foie normal est caché par le thorax et n'est perceptible qu'à travers celui-ci. Sa face concave, inaccessible à nos moyens cliniques d'investigation, est en rapport, comme on le sait, avec le côlon en avant, le rein et la capsule surrénale en arrière, qui impriment plus ou moins leurs contours sur le tissu glandulaire.

En résumé, on peut tirer de ces projections les con-

clusions que voici : il y a du foie sous l'appendice xiphoïde et l'extrémité sternale inférieure. Il y en a sur le devant du thorax droit, de la V^e côte au rebord costal. Il y en a sur le côté de la VI^e à la VII^e côte, de même près du rachis la VIII^e à la XII^e dorsale.

Or le foie n'est pas accolé immédiatement à la paroi de l'hypocondre ; il en est séparé par le sinus costo-diaphragmatique que déplisse et occupe plus ou moins bas la languette décline du poumon dans de grandes inspirations. Il est coiffé par la base pulmonaire, d'où les résultats de la percussion.

Les relations étroites avec les différents organes de la base droite, plèvre et poumons, nous montrent combien la séméiologie du foie normal nous sera utile pour faire le départ entre les affections de ces organes si proches voisins.

CHAPITRE II

SÉMÉIOLOGIE THORACIQUE DU FOIE NORMAL ET DE LA BASE DROITE

Pour apprécier la séméiologie thoracique du foie, il est utile de compléter les données d'anatomie classique que nous venons d'indiquer par des données anatomo-cliniques un peu spéciales.

Il est donc utile au début de ce travail de préciser l'extrême base du thorax et la limite inférieure du cul-de-sac pleural (1).

La ligne basilaire

Le point de repère donné par la XII^e côte, à 8 ou 9 centimètres de la ligne médiane, est facile à trouver, si l'on songe que la distance donnée représente à très peu de chose près la largeur des muscles de la masse sacrolombaire. Nous pourrions dire que la plèvre descend jusqu'au point où la XII^e côte disparaît sous la masse musculaire des gouttières. Suivant le procédé de M. le professeur Mouriquand, le malade étant assis sur son lit bien symétriquement, nous accrochons avec le doigt la dernière côte, toujours nettement perceptible, et la

(1) MOURIQUAND : *Les Costodiaphragmatites discrètes dans l'armée et le syndrome de l'extrême base thoracique* (Presse Médicale 1917).

suivons de bas en haut et d'avant en arrière jusqu'à sa rencontre avec la masse des muscles sacro-lombaires au-dessous desquels elle disparaît. Les points droit et gauche sont généralement symétriques et cette rencontre se fait habituellement à 8 ou 9 cm. en dehors des apophyses épineuses. On les réunit par une ligne horizontale qui représente cliniquement l'extrême base thoracique vraie et délimite le fond du cul-de-sac costo-diaphragmatique.

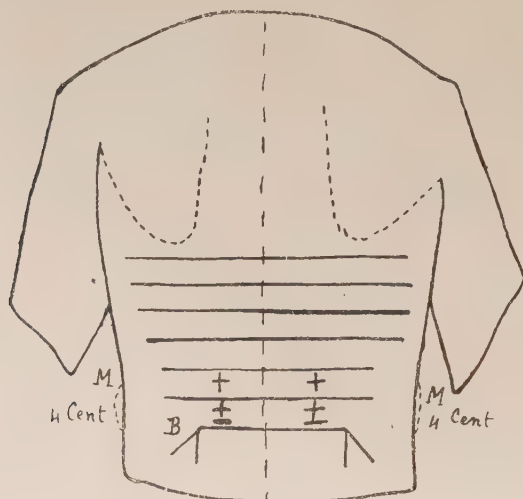


Schéma de l'extrême base normale

B = ligne basilaire. M = ligne de matité

$\pm$ = murmure vésiculaire atténué

$+$ = murmure vésiculaire normal

Cette ligne basilaire est un procédé très commode pour faire le départ de la séméiologie pleurale, pulmonaire et hépatique. Si nous passons en revue les moyens d'investigation habituels, pour percevoir cliniquement les organes et en particulier le foie, nous voyons que celui-ci, à l'état normal, n'est accessible ni à l'inspec-

tion, ni à la palpation. La glande est, en effet, à peu près masquée par les fausses côtes et, si le bord inférieur de l'organe n'est pas abaissé, la percussion reste le seul mode d'exploration qu'il soit possible d'employer.

**La percussion du foie en arrière. — Manière
de la pratiquer.**

Pour obtenir, sur le bord supérieur, des renseignements précis, la percussion doit être pratiquée suivant des règles fixes. Elle doit être forte et profonde, quand on recherche le bord supérieur du foie, car la présence de la languette pulmonaire, descendant dans le sillon costodiaphragmatique, masquerait la matité hépatique, si l'on percutait légèrement et superficiellement. Elle sera faite de haut en bas, c'est-à-dire en allant de la sonorité pulmonaire franche vers la première submatité et c'est en ce point que l'on doit marquer la limite supérieure du foie.

La percussion du bord inférieur, en avant, doit être au contraire douce et superficielle, et dans ce but il est bon de percuter avec l'extrémité de l'index ou du médius droit sur le plat de l'ongle de l'index gauche.

Au niveau de ce bord, en effet, le foie est très aminci et recouvre directement l'intestin et l'estomac. Une percussion forte ferait apparaître une sonorité profonde. De plus, il faut percuter de bas en haut, partant de la sonorité intestinale, pour s'arrêter à la première matité. En ce point on marque la limite inférieure du foie. Pour apprécier convenablement un foie, il faut pratiquer la percussion des deux bords, sur plusieurs lignes verti-

cales qui rencontrent les bords de la glande en une série de points. Pour le bord inférieur chez les jeunes enfants, la percussion reste un procédé d'exploration assez défectueux, bien inférieur à la palpation, étant donné le volume considérable du foie chez l'enfant.

Nous allons appliquer cette méthode d'exploration et nous en déduirons, par une série de points marqués aux limites supérieure et inférieure de matité, la projection thoraco-abdominale du foie.

Projection thoracique du foie délimitée par la percussion:

Faisons respirer le sujet librement, la bouche ouverte, en état de relâchement musculaire complet.

La percussion médiate de moyenne intensité sur le médius doit être dirigée parallèlement aux espaces intercostaux, encadrant les limites probables de la ligne de démarcation cherchée. Il est mieux de pratiquer cette percussion de haut en bas et nous nous arrêtons à la limite de matité franche.

Cette ligne, ainsi obtenue, représente la limite inférieure de la sonorité pulmonaire ; elle est pratiquement horizontale et parallèle à la ligne basilaire.

Il est aisé de constater que la sonorité pulmonaire, en *inspiration profonde forcée* apparaît bien au-dessous de la limite précédente et descend même jusqu'à la ligne basilaire. Le poumon est alors au fond du sinus. De même, en *expiration profonde retenue*, la sonorité remonte de deux travers de doigt environ au-dessus de la sonorité normale.

On peut donc vérifier facilement par la percussion, chez un sujet normal, l'ascension et la descente de la

lame pulmonaire dans le sinus costodiaphragmatique.

Dans la grande majorité des cas, la sonorité pulmonaire apparaît, pratiquement, à la même hauteur à droite qu'à gauche et il convient de tenir compte et de rechercher la cause d'une différence de matité des bases dépassant 2 cm.

Il peut cependant arriver, chez les dilatés de l'estomac ou de l'intestin et dans certains thorax amincis, que la sonorité gastro-intestinale masque la matité normale de la base.

Pour le foie, la percussion postérieure nous donne pour un grand nombre d'examenés (100 sujets normaux) une ligne de matité transversale à 7 ou 8 cm. au-dessus de la ligne basilaire. La limite inférieure n'est pas perceptible, car la matité, à ce niveau, se confond avec la matité des masses sacro-lombaires et de la loge rénale. En *inspiration forcée* cette ligne de matité descend de 2 cm. au minimum ; en *expiration complète* elle remonte de 2 à 3 cm.

Chez les enfants la percussion des bases diffère de celle de l'adulte, la paroi étant plus mince, la sonorité gastrique apparaît mieux. D'après une quarantaine d'examenés nous pouvons dire que chez les enfants (surtout en bas âge) la matité apparaît, sur une plus grande étendue, à la base droite qu'à la base gauche.

Dans la *région latérale*, on pratique également la percussion digito-digitale. Pour cela, on fait élever le bras du sujet, ce qui découvre largement la ligne de percussion et amène l'angle inférieur de l'omoplate à hauteur de la ligne mamelonnaire transverse.

La matité hépatique se délimite ainsi au niveau de

la ligne axillaire moyenne, elle commence à environ trois travers de doigt au-dessous de la ligne mamelonnaire, soit au niveau de la V^e ou VI^e côte. Elle s'incline légèrement vers le bas, de gauche à droite, et se raccorde avec la ligne de matité de l'extrême base sur la ligne axillaire postérieure.

Cette matité descend, en général, jusqu'à la XI^e côte, et nous savons que les limites respectives de la région sous-axillaire et hépatique se modifient avec les mouvements respiratoires. Cette dénivellation peut atteindre 4 cm. entre la ligne de percussion en inspiration ou expiration forcée.

Nous verrons en plus que, dans certains cas où le foie est augmenté de volume (abcès, cirrhose, kyste), les régions sous-axillaire et axillaire se montrent mates à la percussion sans que la plèvre soit en jeu. Notons cependant que les foies ascendants sont plus rares que les foies ptosés et le foie ne peut être complètement mis hors de cause même quand la matité a atteint le V^e espace intercostal.

Comme l'a indiqué M. le professeur Mouriquand, il faut retenir, comme un bon signe de costodiaphragmatite, toute modification anormale de sonorité de l'aisselle ou de la sous-aisselle s'écartant des données précédentes.

L'auscultation du foie ne donne presque rien ; les frottements indiquent l'existence d'une péri-hépatite. De plus, elle nous renseigne sur l'état du poumon et de la plèvre. Un gros foie s'accompagne souvent d'inflammation pleurale de la base. Nous verrons plus loin que le diagnostic de costodiaphragmatites est plein de

difficultés et l'examen radioscopique utile pour différencier les affections pleuro-pulmonaires de la base droite et du foie.

Nous avons dit que, pour obtenir la limite supérieure du foie dans la *percussion antérieure*, on percute de haut en bas en partant de la sonorité pulmonaire et on s'arrête à la première submatité. Cette percussion doit être assez forte, étant donnée la situation profonde du foie ; elle sera continuée transversalement jusqu'à la base de l'appendice xyphoïde, pas plus loin. A partir du sternum, en effet, la matité hépatique se confond avec la matité cardiaque, située immédiatement au-dessus ; on achève alors la délimitation de la matité en réunissant par une ligne droite la région de la pointe du cœur et la base de l'appendice xyphoïde. Ainsi délimité, le bord supérieur et antérieur du foie forme une ligne arquée à concavité inférieure, placée transversalement et qui correspond : sur la ligne axillaire droite au VII^e espace intercostal ou à la VII^e côte ; sur la ligne mamelonnaire au V^e espace ; sur la ligne médiane à la base de l'appendice xyphoïde.

La limite supérieure du foie, étant obtenue, si l'on continue la percussion de haut en bas, jusqu'à la rencontre du bord inférieur, on obtient successivement une grande matité hépatique (relative, profonde) qui appartient à la portion du foie recouverte par le poumon ; une petite matité absolue, superficielle, correspondant à la partie du foie qui se trouve en contact immédiat avec la paroi thoracique.

Pour obtenir la limite inférieure, la percussion sera pratiquée de bas en haut, en partant de la sonorité

intestinale ; elle doit être superficielle et légère pour éviter la résonance des parties de l'estomac et de l'intestin, situées derrière le bord aminci du foie. Ce bord inférieur suit sensiblement le rebord des fausses côtes à partir de la ligne mamelonnaire jusqu'à la hauteur du creux épigastrique ; à ce niveau, il se projette sur la paroi abdominale, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, plus rapproché de l'appendice. Il se relève alors, pour rejoindre la ligne supérieure, un peu en dedans de la pointe du cœur, à 6 cm. environ de la ligne parasternale gauche. Cette délimitation, par la percussion, des limites supérieure et inférieure du foie, ne donne pas des mesures très rigoureuses ; elle place généralement le bord supérieur du foie 3 à 5 cm. plus bas et le bord inférieur 5 cm. plus haut que le siège réel.

Ces erreurs peuvent même être plus considérables.

Nous avons pratiqué une centaine d'examens de foie présumés normaux chez des sujets sains : adultes et enfants. De cet ensemble d'examens nous pouvons déduire les moyennes suivantes : la matité hépatique apparaît à 7 cm. environ au-dessous du mamelon ; en arrière, à 8 cm. environ au-dessus de la ligne basilaire. La hauteur totale de la matité hépatique est en moyenne 10 à 11 cm. sur les lignes mamelonnaire et axillaire. La limite inférieure, en arrière, ne peut être repérée à la percussion.

La ligne courbe de matité supérieure, indiquée par rapport aux côtes, commence en arrière, à la IX^e vertèbre dorsale, décrit la VIII^e ou IX^e côte, tourne dans l'ais-

selle, en avant, remonte, coupe la VI^e côte et aboutit à la ligne médio-sternale.

Cette ligne n'a cependant rien d'absolu et, dans un examen pratique, il faut se contenter d'une approximation ; une délimitation exacte ne pourra être donnée que par la Radioscopie.

L'Exploration radiologique (1)

Sans aucune préparation, l'opacité du foie se confond avec l'opacité générale de l'abdomen, par contre son bord supérieur, intimement accolé au diaphragme, se détache vivement sur la clarté du champ pulmonaire. Son extrémité gauche recouvre en partie la poche à air gastrique et se distingue à peine ; son bord inférieur est à peu près totalement invisible, sauf à son extrémité externe où les gaz contenus dans l'angle cœlique droit permettent de fixer ses limites. Si l'on réalise, au contraire, la distension gazeuse de l'estomac et du gros intestin, il devient possible d'étudier les contours du foie dans presque toute son étendue.

Bord supérieur. — Radiologiquement l'inspection du bord supérieur se réduit à l'étude du diaphragme « l'ombre phrénohépatique externe », comme l'écrit H. Béclère. En position debout, le malade face à l'écran, le thorax apparaît formé de deux zones claires, les champs pulmonaires, et d'une opacité médiane, l'ombre vertébro-cardioaortique.

Les champs pulmonaires sont, en bas, nettement limités par l'ombre diaphragmatique ; l'opacité médiane,

(1) DESTERNES et BAUDON : *Journal de Radiologie*,

au contraire, se continue sans ligne précise de démarcation avec l'opacité phréno-hépatique.

Le diaphragme droit se détache de l'ombre cardiaque au niveau de la XI^e vertèbre dorsale, se dirige en dehors et légèrement en haut, durant 5 à 6 cm. Puis s'abaisse, se dirigeant en dehors et en bas et vient rejoindre à angle très aigu la paroi thoracique latérale. L'hémi-diaphragme droit forme donc un *cintre* à convexité supérieure, représentant à ses deux extrémités (l'interne et l'externe) un sinus formé, d'une part, pour l'interne de la rencontre de l'ombre phréno-hépatique avec l'ombre médiane : c'est le sinus cardiodiaphragmatique ; d'autre part, pour l'externe, de la rencontre de l'ombre phréno-hépatique avec la paroi latérale thoracique : c'est le sinus costodiaphragmatique. Elle est moindre chez la femme à type respiratoire costo-vertébral supérieur.

Dans l'inspiration, les sinus cardiodiaphragmatique (ou phréno-péricardique) à peine marqué et costodiaphragmatique très profond s'éclairent vivement. L'expansion respiratoire est la même des deux côtés, mais l'hémi-diaphragme droit est normalement plus élevé que le gauche de 2 cm. environ. En élevant et en abaissant l'ampoule de façon à faire varier l'incidence, en pratiquant successivement l'examen en position directe, antérieure, postérieure, oblique et transverse, on peut explorer toute la face supérieure du foie.

De profil, en position latérale droite, la convexité du foie se voit parfaitement. Elle présente l'aspect d'un dôme arrondi « le sommet de la coupole est aplati et atteint de 6 à 8 cm. au-dessus des points les plus infé-

rieurs du cul-de-sac diaphragmatique » (H. Bécélère).

« Si l'on place un malade en position transverse, on a sous les yeux le trajet antéro-postérieur de la coupole diaphragmatique, image analogue en somme à celle que donne une coupe sagittale de cadavre congelé, dont la section antéro-postérieure correspondrait à la ligne mamillaire.

« L'analyse de cette image, *le malade respirant sans effort*, montre que la rencontre à angle aigu de la paroi thoracique postérieure avec le versant postérieur de la coupole diaphragmatique d'une part, et la rencontre à angle plus aigu encore de la paroi thoracique antérieure avec le versant antérieur de la coupole diaphragmatique d'autre part, déterminent la formation de deux recessus ou sinus : l'un postérieur, l'autre antérieur.

« Mais ces deux sinus n'ont pas, à beaucoup près, même profondeur et même grandeur d'angle. Le postérieur est beaucoup plus profond, plus grand surtout que l'antérieur, l'angle postérieur étant beaucoup plus obtus que l'antérieur.

« La section antéro-postérieure d'un cadavre congelé ou sur l'écran la ligne d'ombre donnée par l'intersection des arcs osseux postérieurs des côtes montrent que le plan thoracique postérieur a une forme en croissant, à concavité peu prononcée. Les deux cornes du croissant sont inégales ; l'inférieure, beaucoup plus courte et moins concave, est rejointe par les insertions fortement obliques des fibres musculaires du diaphragme. L'image donnée par le plan thoracique antérieur est un peu différente. Concave en haut comme la pos-

térieure, elle est à peu près rectiligne dans ses 2/3 inférieurs. Les fibres musculaires du diaphragme rejoignent le plan costal avec une obliquité telle qu'elles sont presque verticales. Les deux versants de la coupole diaphragmatique ne sont égaux ni en grandeur ni en direction. Ceci dépend bien, pour une part, de l'inégalité de longueur du thorax en avant et en arrière, mais dépend surtout de la situation asymétrique de la coupole diaphragmatique par rapport au plan sagittal. Le point culminant de cette coupole n'est pas, en effet, au centre du thorax (comme semble l'indiquer bon nombre de coupes sagittales représentées dans les classiques) mais reporté fortement en avant. Le versant postérieur sera donc forcément beaucoup plus long et surtout beaucoup plus oblique que l'antérieur, presque vertical. Autrement dit, la masse hépatique touchera presque la paroi thoracique en avant, le sinus antérieur sera très aigu, elle restera notablement éloignée de la paroi thoracique postérieure ; le sinus postérieur sera beaucoup plus développé ; mince languette pulmonaire en avant, grosse languette pulmonaire en arrière.

« Ce fait anatomique explique que les percussions antérieures et postérieures du thorax donnent des résultats tout différents, alors que la saillie thoracique du dôme hépatique présente son point culminant situé sur une ligne horizontale antéro-postérieure étendue (au niveau de la ligne mamillaire) du segment antérieur de la V^e côte en avant, au segment postérieur de la IX^e. Le doigt, qui percute convenablement la paroi thoracique antérieure, décele, à quelques millimètres près, par le

son mat obtenu, la limite supérieure de la voûte hépatique, alors qu'en arrière la matité franche ne s'observe que beaucoup plus bas (XI^e côte, ou même zone basilaire de Mouriquand) et ne permet nullement de situer, comme en avant, le point culminant de la saillie intra-thoracique du foie.

« Cela explique encore pourquoi les extrêmes bases postérieures droite et gauche présentent une ligne de sonorité s'étendant jusqu'à un niveau sensiblement horizontal alors qu'à droite la présence de la masse hépatique, à gauche l'existence de la chambre à air stomacale devraient donner une sonorité toute différente, si la masse hépatique était aussi rapprochée de la paroi antérieure que de la postérieure. Cliniquement et pour s'en tenir à deux exemples, l'augmentation de volume du foie s'apprécie surtout en avant, un épanchement liquide de la plèvre, même d'une certaine abondance, se révèle surtout en arrière et latéralement.

« Sans insister ici sur le mode de contraction du diaphragme il suffit de signaler que, dans les *inspirations forcées*, la disposition anatomique signalée ci-dessus s'exagère. La masse hépatique s'éloigne des parois thoraciques antérieure et postérieure, les sinus grandissent, deviennent plus profonds, mais l'inégalité signalée plus haut persiste et s'exagère même. Le foie s'éloigne peu de la paroi antérieure, il s'éloigne beaucoup plus de la postérieure, l'angle costodiaphragmatique antérieur s'ouvre un peu, le postérieur beaucoup (1). »

(1) Note remise par M. le docteur Coste.

Les mensurations que nous avons pratiquées sous l'écran confirment les données précédentes, en particulier l'augmentation considérable de la profondeur du sinus antérieur.

En ce qui concerne plus particulièrement le sinus postérieur, nous avons recherché comment correspondent les signes de percussion avec la profondeur du sinus pendant les mouvements respiratoires.

Parmi les observations recueillies, nous nous bornons à citer les chiffres moyens résultant de l'ensemble de nos examens.

En arrière, en inspiration forcée, la ligne de matité supérieure et la ligne de projection radioscopique du dôme hépatique se superposent sensiblement.

En inspiration moyenne, la percussion fait apparaître la matité à 7 cm. 5 au-dessus de la ligne basilaire et la projection radioscopique du dôme est à 10 cm. au-dessus de cette même ligne.

En expiration forcée cette dernière est à 12 cm., tandis que la matité ne remonte qu'à 10.

La région supérieure du foie, profondément cachée sous le gril costal, échappe beaucoup aux procédés habituels d'investigation médicale. La Radioscopie, en nous la montrant brillamment éclairée, du fait de la clarté pulmonaire, nous permet d'en scruter le volume, la forme, la mobilité, d'en analyser les troubles et les déformations. Elle mérite donc de prendre place au tout premier rang des moyens mis à la disposition du médecin pour l'étude de cette région.

Les progrès récents, la réplétion gazeuse et intestinale qui détachent le foie de l'opacité abdominale et l'accolent à la paroi, le choix d'examen en décubitus dorsal, l'emploi d'un rayonnement approprié à la région examinée, nous permettent d'obtenir des renseignements positifs et précis dans l'étude du bord inférieur.

CHAPITRE III

SÉMÉIOLOGIE PATHOLOGIQUE DU FOIE ET DE LA BASE DROITE

Etude clinique

Les moyens d'appréciation sont les mêmes pour la séméiologie pathologique que pour la séméiologie normale, avec cette différence, cependant, que la percussion et surtout l'auscultation prennent une importance qu'elles n'avaient pas en séméiologie normale, du fait du voisinage pleuro-pulmonaire qui rend solidaires les affections de la base droite. En particulier, la pathologie hépatique a presque toujours une séméiologie pleuro-pulmonaire pour laquelle l'auscultation est indispensable.

La *palpation* est extrêmement intéressante, car elle permet d'éliminer d'emblée les gros foies, les foies ptosés, basculés ou refoulés.

Puisqu'ils sont accessibles à la palpation, ils ont tous une évolution abdominale. L'intérêt de leur étude, et en particulier de leur séméiologie thoracique, est donc moindre. Cependant si la palpation abdominale nous a donné des renseignements déjà précis sur l'af-

fection causale, l'évolution thoracique d'une hypertrophie du foie, par exemple, est intéressante à suivre ainsi que son retentissement sur les organes de voisinage : plèvre et poumons ; mais, en pareil cas, les difficultés de rapporter l'affection à l'organe de la base droite qui en est le siège n'existent pas, puisque le foie est au premier plan l'organe malade. Nous avons surtout en vue la recherche de l'origine des affections de la base droite qui, localisées à la plèvre, aux poumons et au foie, ne se manifestent pas d'emblée. Il est toutefois des cas où le foie est déplacé du fait d'un épanchement pleural, abcès sous-phrénique, empyème. Le diagnostic de l'origine est ici plus délicat. Cependant une augmentation de matité, en particulier, peut être due à deux états distincts : une hypertrophie du foie en masse, ou encore une affection pulmonaire juxtaposée à un foie normal. Ce sont là des cas délicats sur lesquels nous reviendrons. De même nous connaissons, pour l'avoir définie, la limite inférieure de la sonorité pulmonaire et la limite inférieure du murmure vésiculaire.

Plusieurs ordres d'affections peuvent modifier ces données normales ; ce sont les altérations du foie refoulant plus ou moins le poumon et la plèvre, et les affections pleuro-pulmonaires de la base.

Comment différencier leur origine ?

A première vue, toute matité, augmentée de hauteur aussi bien dans le sens abdominal que thoracique, fait penser que le foie seul est en cause, surtout si les signes pulmonaires, pathologiques, restent légers et ne traduisent que la réaction de voisinage de l'organe res-

piratoire. Il faudra s'aider aussi des signes de modifications sécrétoires, hépatiques et surtout de la Radioscopie.

Cliniquement, c'est surtout la *percussion* en avant, latéralement et en arrière, qui, dénotant une augmentation ou une diminution de la matité moyenne précédemment définie, permet d'affirmer une modification de la glande hépatique et, si besoin est, la Radioscopie nous servira de contrôle.

Il résulte de ceci trois ordres de faits : au niveau de la base droite est localisé un processus pathologique dont la cause est évidente (pleurésie classique, pneumonie, etc...), ou bien il s'agit d'une affection complexe (association de lésions de plusieurs organes), ou encore d'une affection discrète très difficile à rapporter à sa véritable cause.

§ I. — CAS SIMPLES

Dans le premier cas, nous n'insistons pas sur la séméiologie pathologique de la plèvre, du poumon et du foie. Les moyens cliniques, aidés du contrôle radioscopique, permettront le plus souvent de diagnostiquer une affection telle qu'une pleurésie de la base droite, une pneumonie du lobe inférieur, un pneumothorax, etc... Dans une pneumonie de la base, quelle que soit l'intensité de l'hépatisation, l'aisselle correspondante reste sonore à la percussion. Par contre, ainsi que l'a montré le professeur Mouriquand, la constatation d'une matité dépassant la ligne axillaire postérieure et remontant jusqu'à l'aisselle constitue un signe presque certain d'épanchement. En effet, quand un épanche-

ment se produit dans la plèvre, le liquide, obéissant aux lois de la pesanteur, vient se collecter à la base sur le diaphragme. Au fur et à mesure que le liquide augmente en quantité, il refoule le poumon de bas en haut et, grâce à l'élasticité pulmonaire, les choses peuvent aller ainsi jusqu'à une certaine limite. Cette ascension précoce du liquide, du côté de l'aisselle, imprime à la ligne de niveau de l'épanchement une direction oblique de dehors en dedans, qui n'est autre chose que la courbe de Damoiseau.

De même la costodiaphragmatite pure, totale, ne risque pas d'être méconnue, les signes cliniques et radioscopiques étant nombreux. L'hémithorax, aplati, déformé, est immobile. Le malade est penché du côté de sa lésion (signe du cordeau).

La percussion révèle en arrière une zone de matité remontant de deux à cinq travers de doigt au-dessus de la ligne de matité opposée et pouvant même atteindre dans quelques cas l'angle inférieur de l'omoplate. Le murmure vésiculaire est aboli dans toute l'étendue de la zone mate et n'apparaît qu'au-dessus de sa limite supérieure.

Les symptômes de costodiaphragmatite tournent aussi assez fréquemment dans la sous-aisselle. Les adhérences de la costodiaphragmatite séro-fibrineuse ont tendance à se résorber plus ou moins rapidement. Il persiste cependant une légère dénivellation des lignes de matité et une obscurité très nette à l'extrême base. La costodiaphragmatite totale a fait place à une costodiaphragmatite discrète.

S'il s'agit d'une lésion pleurale, la percussion, pra-

tiquée suivant la technique donnée plus haut, révèle une dénivellation de la ligne de matité du côté malade. Dans les grandes inspirations retenues il n'y a plus de sonorité au-dessous de la ligne de matité. De plus, l'auscultation comparative au sthétoscope des deux bases montre que le murmure vésiculaire est aboli ($R = O$ ou $R -$) au-dessus de la ligne basilaire. Du côté sain, l'auscultation du même segment laisse entendre le murmure vésiculaire normal $R +$.

Si l'on continue l'auscultation comparative de bas en haut, le murmure vésiculaire apparaît avec tous ses caractères au-dessus de la ligne de matité du côté sain, tandis qu'il est encore atténué ou affaibli du côté malade ($R -$).

Ainsi que l'a démontré Carrosse (1), cette persistance de l'obscurité respiratoire au-dessus de la ligne de matité est un bon signe de costodiaphragmatite, quand elle apparaît en dehors de tout bruit surajouté.

La costodiaphragmatite apparaît comme un processus chronique primitif se fixant insidieusement à l'extrême base et susceptible de poussées évolutives secondaires.

De même pour le foie, toute atteinte profonde et primitive de cet organe se traduira non seulement par des altérations se manifestant par des signes physiques : palpation, percussion, etc..., mais aussi par un trouble de la fonction cellulaire qui rentrera dans un des grands syndrômes de la pathologie hépatique : syndrome d'insuffisance hépatique, syndrome d'hyperfonctionnement hépatique, syndrome ictère, syndrome d'hypertension portale, syndrome d'infection biliaire.

(1) CARROSSE : *Les Costodiaphragmatites discrètes dans l'armée* (Thèse, Lyon, 1919).

Dans ces cas l'infection, l'altération de la glande peuvent dépasser la capsule de celle-ci, retentir sur les organes de voisinage, en particulier la plèvre et le poumon, congestion de la base, pleurésies d'origine hépatique. Mais alors, les signes pulmonaires et pleuraux sont surajoutés et viennent compléter seulement le tableau clinique ; le foie seul est en cause et le doute ne paraît pas permis.

Dans tous ces cas — que le point de départ d'une affection de la base droite soit le foie, le poumon ou la plèvre — il est toujours possible de retrouver l'organe causal de l'affection, ou bien l'examen physique cède le pas à l'examen fonctionnel ou, tout au moins, les signes fournis par l'examen fonctionnel ont une part importante dans le tableau clinique.

Cependant, au cours de la grossesse, l'hypertrophie simple du foie aurait été constatée et décrite, mais outre que ces faits ne sont pas nettement prouvés, il est facile d'y penser en présence d'une parturiente.

Il en est de même si, associé ou non à une hypertrophie hépatique de grossesse, le foie est soulevé par le côlon distendu par les gaz, chose fréquente chez les femmes enceintes.

Telles sont les grandes lignes qui, dans les affections pathologiques grossières de la base droite, permettront de localiser la maladie à l'organe qui en est le siège et d'éliminer les organes voisins qui n'ont réagi que par leur voisinage même.

En d'autres termes, toutes les fois que l'on sera en présence d'une lésion localisée à cette base, il faut interroger le fonctionnement des trois principaux organes

qui l'occupent par tous les moyens d'investigation dont nous disposons. C'est là où le trouble fonctionnel est le plus considérable que se trouve l'organe généralement le plus touché et primitivement atteint.

Malheureusement, tout ne se passe pas toujours aussi simplement que nous venons de le voir, et il convient de distinguer deux autres séries de faits intéressant la base droite et pour lesquels la recherche de la cause est particulièrement délicate. Nous les classerons sous des rubriques peut-être un peu artificielles, mais qui sont commodes pour la description.

Dans un premier paragraphe nous parlerons de la pathologie de la base droite, dont les symptômes (comme dans les affections que nous venons d'étudier) sont bruyants, mais dont l'étiologie et la pathogénie restent difficiles. Ce sont plus spécialement les associations pathologiques : par exemple, chez un cardiaque, le foie et la plèvre réagissent pour leur propre compte.

Dans un deuxième paragraphe nous nous efforcerons de mettre en lumière les affections de la base à symptomatologie atténuée et dont l'étiologie est difficile, par ce fait même que la symptomatologie est fruste et l'évolution de la maladie voilée.

Telles sont les costodiaphragmatites discrètes, certains kystes et abcès du foie évoluant à bas bruit, etc... (1).

§ II. — CAS COMPLEXES

Lésions associées de divers organes.

Nous allons faire une revision rapide des diverses affections du foie, du poumon et de la plèvre qui évo-

(1) Voir observations N^{os} I, II, III, IV, V, VI.

luent le plus souvent en associant leurs symptômes avec ceux de retentissement sur l'organe voisin. Nous appellerons aussi l'attention sur les lésions d'organes lointains qui se traduisent par une symptomatologie organique de la base droite. Notre attention doit être mise en éveil par le symptôme ictère ; c'est, en effet, là le type de la symptomatologie hépatique; on se trompe souvent : l'ictère ne traduisant qu'un trouble fonctionnel hépatique dont la véritable cause peut être plus lointaine. Nous n'avons pas la prétention de faire ici une revue de la valeur diagnostique des ictères ; disons seulement que, pour les cas qui nous intéressent, il accompagne assez souvent la pneumonie et peut se manifester aussi au cours de la fièvre typhoïde, en même temps que les localisations pleuro-pulmonaires de la base droite.

Nous verrons plus loin que la matité de la base droite apparaît souvent au cours et même au début de la fièvre typhoïde (signe de Lesieur). La symptomatologie est souvent fruste et l'on note souvent, en même temps que l'hypertrophie du foie, une légère réaction pleurale.

Au contraire, dans le chapitre des cirrhoses, il en est peu dont la symptomatologie puisse prêter à confusion avec une affection pleuro-pulmonaire, sauf peut-être quelques cas d'altération tuberculeuse du foie. La coexistence de lésions pulmonaires bi-latérales ou la symphyse du péricarde seront là les compléments nécessaires au diagnostic.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur les cas de syphilis et de cancer du foie, s'accompagnant

d'altérations pleuro-pulmonaires de même ordre : l'évolution de ces affections ne permet pas, en général, de doute.

Inversement une affection pleuro-pulmonaire peut avoir quelques symptômes à prédominance hépatique. Ce sera, toutefois, bien rarement, le cas d'un infarctus de la base s'accompagnant de pleurésie et de réaction hépatique augmentée encore par la congestion de la glande puisqu'il s'agit de cardiaques. Là, l'origine est plus cardiaque que pulmonaire, le foie cardiaque s'accompagne d'augmentation de volume du foie, d'ictère et bien souvent de pleurésie droite (Obs. XIII).

La ponction de liquide pleurétique (liquide hémorragique habituellement), le foie en accordéon, la coexistence fréquente d'ascite, traduisant, comme la pleurésie, la stase veineuse, font penser à ausculter le cœur et c'est là que se trouve la cause première.

Nous verrons aussi l'association pneumonie ictère, et le diagnostic ne sera hésitant que si la pneumonie est localisée à la base droite et si elle survient chez un débilité, un enfant ou un vieillard, tous sujets chez lesquels elle n'évolue pas avec la brutalité et le cortège symptomatique évident qui sont ses caractéristiques. Mais là encore le foie n'est que peu troublé dans sa fonction, ces fins canalicules biliaires sont seulement obstrués par des sécrétions muqueuses.

La fonction respiratoire profondément lésée et les signes d'auscultation caractéristiques de la base droite ne permettent pas au diagnostic de s'égarer bien longtemps sur le foie. Des cas en apparence complexes sont aussi ceux où une pleurésie droite, soit de la grande

cavité, soit enkystée à la base, déplacent plus ou moins le foie et pourraient un instant en imposer pour une hypertrophie hépatique.

Mais la courbe de Damoiseau et la ponction dans les cas de pleurésie de la grande cavité, les signes d'auscultation et la Radio rapportent ces phénomènes (augmentation de la matité, refoulement du foie) à leurs véritables causes.

Plus délicat sera le diagnostic toutes les fois que la pleurésie sera localisée à la base, enkystée, qu'elle surplombera pour ainsi dire, en reproduisant presque ces formes, le dôme hépatique ; il en sera de même pour les cas de pyo-pneumothorax de la base, mais ces faits rentrent dans l'étude de notre troisième partie, qui est celle des cas difficiles.

§ III. — CAS DIFFICILES.

Les cas difficiles sont ceux où les maladies siégeant à la base droite se manifestent par des altérations fonctionnelles, minimales ou même nulles des organes où elles siègent, et par des symptômes physiques, discrets dans leur ensemble comme dans leur évolution. Ces modifications physiques se caractérisent par des altérations des zones de matité et des bruits respiratoires. Le volume du foie ne doit être considéré comme pathologique que s'il existe véritablement une différence très notable avec les dimensions normales.

C'est ainsi qu'un foie peut être dit atrophié si la surface de projection sur la paroi abdominale n'atteint que 9 cm. de hauteur sur la ligne mamelonnaire. Par contre, si cette surface dépasse 14 cm., on dira que le foie est hypertrophié. La matité peut être, en effet, soit

augmentée, soit diminuée, les bruits respiratoires peuvent être modifiés soit par l'adjonction des bruits surajoutés, soit par la disparition du murmure vésiculaire au point limite où il s'entend habituellement. Dans ces cas un utile adjuvant pourra être la palpation traduisant ou non à la main la transmission des vibrations vocales. Lorsqu'à la base droite on notera donc une de ces modifications, immédiatement commencera la difficulté de savoir à quel organe rapporter l'altération de l'état normal que l'on vient de découvrir. Avant d'aborder l'étude de quelques cas particuliers qui font plus spécialement l'objet des errements de diagnostic, nous indiquerons quelques éléments symptomatologiques qui se rapportent plus spécialement soit à l'appareil pleuro-pulmonaire, soit au foie.

A. — *Diminution de la matité hépatique.*

Une diminution de la matité normale de la base droite fait pencher les recherches plus spécialement du côté du foie, à l'exception toutefois de l'emphysème qui pourrait masquer une partie de la matité normale et même abaisser celle-ci jusqu'à la ligne basilaire. D'ailleurs, la Radioscopie resterait encore comme contrôle si l'emphysème n'était suffisamment évident par lui-même.

Chaque fois qu'on se trouvera en présence d'une diminution de matité, il faudra penser à la cirrhose et la rechercher, les troubles dyspeptiques, l'ascite, les varicosités de la paroi seront des indices suffisants. Mais il peut arriver que ceux-ci manquent, que la rate soit normale et surtout que, dans l'aisselle, la hauteur

de matité ait conservé ses caractères habituels (voire même augmentés), qu'enfin la Radioscopie montre une ombre hépatique normale pour une matité qui ne l'est pas, du moins en avant, il s'agit alors d'un foie remonté par symphyse diaphragmatique antérieure chez un ancien pleurétique.

Il faudra tenir compte aussi de la forme du thorax qui, très saillant en avant, très évasé par sa base, peut donner une fausse diminution de matité, mais en cette occurrence, il faut s'aider de la percussion axillaire postérieure et de la Radioscopie qui reste normale.

Facile à diagnostiquer aussi sera la cause d'erreur donnée par un météorisme intense, « a fortiori » la disparition de la matité hépatique, fournie par la péritonite par perforation.

En résumé, il s'agit d'une cirrhose quand la diminution réelle de la matité hépatique a été vérifiée.

B. — *Augmentation de la matité hépatique.*

a) *Augmentation régulière.* — Une fois écartées les causes d'erreur (et c'est là que commencent déjà les difficultés) fournies par le déplacement du foie sous l'influence d'une pleurésie (nous venons de le voir), il faut éliminer aussi les déformations hépatiques totales ou localisées à un lobe, les exsudats péritonéaux sous-hépatiques.

Le contact avec le diaphragme des foies déformés dans leur totalité reste plus ou moins intime sur une certaine étendue, mais la perte du contact diaphragmatique est exceptionnelle : c'est par un mouvement de bascule que le foie se déplace, ou mieux, se déforme :

influence du corset, influence aussi des brides de péritonite sous hépatique, exceptionnelles chez l'homme.

La coïncidence des déformations thoraciques et hépatiques ne permettent pas de se tromper bien longtemps, pas plus que la possibilité de voir un lobe droit flottant.

Ces causes d'erreur donc mises à part, toute augmentation de la matité de la base droite fait songer à une *affection qui peut être aussi bien pleuro-pulmonaire qu'hépatique*, et voici pourquoi :

On pourrait croire, en effet, que toute augmentation de la matité, se dirigeant vers les parties hautes du thorax se rapporterait au poumon ou à la plèvre, toute augmentation descendante se rapporterait au foie. Ce raisonnement simpliste, mais commode, est malheureusement inexact ; en effet, il est des foies ascendants sans lésion pulmonaire et il est des foies descendants sans lésion hépatique.

Il est plus important, quoique ce ne soit pas encore là un signe certain, de se baser sur les modifications de forme de la courbe de matité normale.

Cette matité, augmentée régulièrement et dans son ensemble, traduira plus spécialement une hypertrophie du foie. On peut donc conclure d'une matité régulièrement augmentée à une affection hépatique hypertrophique : cirrhose hypertrophique de Hanot, cirrhose alcoolique, angiocholite, foie cardiaque, foie gras, foie paludéen, etc...

Toutefois l'hypertrophie hépatique pure fait apparaître à la base une dénivellation de matité qui pourrait, à première vue, faire penser à une réaction pleurale. Mais tandis que, dans la costodiaphragmatite droi-

te, l'obscurité respiratoire persiste quelques segments au-dessus de la ligne de matité, le gros foie pur laisse entendre un murmure vésiculaire très net au-dessous de la ligne de matité absolue. Toutefois il n'est pas rare d'observer, là encore, une certaine réaction pleuro-pulmonaire qui peut voiler la netteté de la perception d'une matité régulièrement augmentée de surface, mais on trouvera cette régularité conservée dans les parties basses du foie et la palpation, comme la Radioscopie, seront là d'un utile secours.

b). — *Augmentation irrégulière de la matité.* — Bien plus complexe sera le problème dans les cas d'augmentation irrégulière de la matité. Il faut faire une place spéciale au cas où la matité est augmentée vers le haut, ce sont les foies ascendants de quelques auteurs, dans lesquels s'est développée presque toujours une collection liquide (kyste hydatique, abcès, etc...) et le diagnostic devient particulièrement délicat avec les affections pleuro-pulmonaires, d'autant comme nous l'avons déjà si souvent montré, que les états pathologiques de la face supérieure du foie provoquent souvent des lésions de voisinage dans la base du poumon et de la plèvre. Il faut toutefois écarter une cause d'erreur, rare, mais possible, ce sont les collections suppurées venues d'ailleurs : abcès froid costal, vertébral, collection ascendante venant du rein, comme le montre une très intéressante observation de M. le professeur Rochet (1). Dans ces cas, l'examen radioscopique est d'un secours indispensable pour dépister l'origine de ces tumeurs liquides.

(1) Voir Observation XIV.

Les signes que nous allons indiquer en faveur des affections hépatiques n'ont rien d'absolu et le diagnostic reste particulièrement difficile. On pourra se baser toutefois sur les formes de la matité différente dans la pleurésie et le kyste, mais la pleurésie peut être bridée et avoir une matité anormale. Seule la ponction, si elle est positive, donne une certitude. Elle permettra aussi d'éliminer ou d'incriminer un abcès (abcès du foie, abcès du poumon).

Passons en revue les diverses augmentations irrégulières du foie et essayons de montrer les principaux symptômes qui permettent d'en poser le diagnostic.

La forme courante du cancer secondaire est nodulaire et ces saillies, sur l'organe augmenté, peuvent souvent se sentir.

Cette question intéresse peu notre travail et, en pratique, on ne parviendra pas à diagnostiquer le cancer secondaire nodulaire du cancer du foie avec cirrhose.

On devra penser à un kyste hydatique en présence d'un foie devenu lentement globuleux, avec voussure des côtes, augmentation de la matité hépatique en haut, en disproportion avec sa faible augmentation en bas : il s'agira d'un kyste profond.

Le diagnostic se posera avec les grands abcès du foie, tardifs ou à marche lente. Si le kyste est suppuré, le diagnostic devient très difficile, mais, en pratique, l'importance du diagnostic d'abcès du foie ou du kyste suppuré est nulle.

Les kystes profonds ou superficiels, mais à siège postéro-supérieur, peuvent donner lieu à un diagnostic différentiel avec un épanchement pleural : la forme de

la matité, à convexité regardant en haut, ne suffit pas à les différencier, car un épanchement pleurétique bridé peut donner une matité anormale. L'évolution parfois, mais du moins la ponction, tranchera la difficulté.

Le diagnostic pourra se poser dès la phase présuppurative, entre l'hépatite aiguë ou subaiguë des pays chauds devant aboutir à la suppuration et l'hépatite congestive aiguë paludéenne. En effet, dans le premier cas, chez un dysentérique, le foie se tuméfie brusquement, devient sensible profondément, en même temps qu'il y a du subictère, des troubles digestifs, avec peu de fièvre. Dans la congestion aiguë paludéenne, le foie est gros dans sa totalité, mais la fièvre est plus intense, par accès, la rate est tuméfiée. On peut encore plus facilement trancher la difficulté si le paludéen n'a pas eu la dysenterie (1).

D'ailleurs, dans la forme aiguë ou subaiguë du grand abcès hépatique, la suite des événements aiguille insensiblement le diagnostic : la sensibilité hépatique profonde devient une douleur et, celle-ci, un point de côté hépatique siégeant en plein foie, exaspéré par la toux et les mouvements ; ce point de côté hépatique peut n'être trouvé que par commotion saccadée de l'organe.

Des douleurs s'en irradient dans le moignon de l'épaule droite, le dos. La respiration en est gênée, le malade immobilisant les côtes inférieures à droite.

Le diagnostic différentiel de toutes ces affections est malheureusement trop souvent affaire de finesse pour qu'on puisse indiquer d'autres règles que celles décrites dans les classiques et c'est dans ces cas que la valeur

(1) PAVIOT : *Précis de Diagnostic Médical et de Séméiologie*.

du clinicien, faite d'expérience et aussi d'une sorte d'intuition, prend toute sa valeur.

Toutefois une augmentation localisée de la matité normale de la base droite peut se rapporter aux organes sus-diaphragmatiques (plèvre et p^oumon).

Ainsi les abcès du foie, même reconnus en tant que collections purulentes, peuvent, comme le pyo-thorax sous-phrénique, être d'un diagnostic difficile avec la pleurésie purulente diaphragmatique. La difficulté est encore augmentée de ce fait que l'abcès de la convexité du foie, non seulement peut communiquer avec une péritonite circonscrite de l'étage supérieur de l'abdomen, mais encore que directement ou par l'intermédiaire de celle-ci, il peut se compliquer d'un épanchement pleural séreux ou purulent. Enfin, il a pu y avoir perforation du diaphragme, pleurésie purulente ou directement fistule broncho-hépatique et vomique.

Le diagnostic est utile à faire entre abcès de la convexité du foie et empyème susdiaphragmatique. On se basera sur les antécédents dysentériques ou non du sujet.

Dans la pleurésie, le diaphragme abaissé entraîne les côtes qui prennent une direction plus oblique en bas ; si le foie est augmenté, le diaphragme refoulé porte en haut les dernières côtes droites, qui deviennent horizontales. Les inspirations profondes abaissent la ligne de matité inférieure du foie, lorsque le foie est seul en cause, tandis que lorsque le diaphragme est immobilisé et refoulé par une pleurésie ou altéré, cette matité ne se déplace pas en bas. Nous verrons plus loin les signes fournis par l'auscultation. Il y a encore

une complication possible, c'est celle d'une évacuation de l'abcès hépatique par les bronches, un travail adhésif ayant soudé foie, diaphragme et poumon.

Les abcès lents du foie, à évolution apyrétique possible, sont d'un diagnostic souvent hérissé de difficultés et peuvent être confondus avec le kyste hydatique et le kyste suppuré.

Les abcès tardifs du foie ont pu donner lieu à des erreurs qu'il faut connaître pour les éviter. Si leur évolution est fébrile, on peut se poser l'hypothèse d'une angiocholite aiguë. Mais c'est surtout avec la tuberculose pulmonaire que les abcès tardifs du foie sont invariablement confondus. S'il a eu une vomique, il expectore abondamment et sa base peut donner à l'auscultation des signes de pneumothorax ou de grande caverne. On évitera l'erreur en ne négligeant pas l'examen du foie, ni objectivement et pour son état présent, ni dans l'interrogatoire et rétrospectivement, toutes les fois que l'on se trouve en présence de phénomènes pleuraux ou pulmonaires de la base droite.

Le plus souvent, avec ces abcès tardifs du foie, la dysenterie a été sévère et le malade a même gardé des troubles intestinaux intermittents ou continus. Certains foies hypertrophiés, en projetant sur la base droite leur matité, peuvent en imposer pour un processus costodiaphragmatique (ou pulmonaire), surtout lorsque leur hypertrophie prédomine du côté thoracique.

Le signe de différenciation le plus important est l'existence, dans ces cas, d'un murmure vésiculaire R + apparaissant franchement au-dessous de la ligne de

matité, alors que l'obscurité (R +) persiste au-dessus de cette ligne dans les costodiaphragmatites.

La Radiologie expliquait ce phénomène en montrant par l'éclairage latéral la conservation de la clarté du sinus.

La question est plus complexe quand le gros foie s'accompagne de réaction pleurale chronique, comme nous l'avons observé chez les paludéens. C'est alors du côté de la sous-aisselle qu'il faut regarder. Nous savons que, normalement, la matité hépatique naît environ à trois travers de doigt au-dessous du mamelon, descend suivant une légère oblique vers la sous-aisselle, au niveau de laquelle elle est généralement à quatre travers de doigt au-dessous de la ligne mamelonnaire. Dans l'hypertrophie hépatique pure la matité est bien remontée antérieurement et axillairement, mais, dans ces cas, la matité axillaire (sauf hypertrophie spéciale du lobe droit) reste inférieure à la matité antérieure.

Dans les cas où existait un processus pleural surajouté, la matité axillaire s'élevait, au contraire, très nettement au-dessus de la ligne de matité antérieure.

Cette étude de l'extrême base permet également d'interpréter l'origine de la matité de la base droite, qui apparaît comme un signe précoce de la fièvre typhoïde. Ce signe, décrit par Lesieur, s'explique par l'augmentation de volume de la glande hépatique ou par ce fait que le foie tout entier est soulevé par le côlon dilaté. D'autres l'attribuent à l'engouement pulmonaire.

En effet, il peut être le résultat de ces différents processus, mais ne semble revêtir toute sa valeur sémio-

logique que lorsqu'il est d'origine hépatique. La technique préconisée par M. le professeur Mouriquand permet de différencier l'origine.

La ligne basilaire étant prise comme repère, il sera facile d'apprécier si R + apparaît au-dessous de la ligne de matité, sans adjonction de râles congestifs (origine hépatique) ou si R + persiste au niveau et au-dessus de cette ligne (avec ou sans signes congestifs).

Dans ces derniers cas, une origine pulmonaire ou pleurale est très probable.

De plus, dans le signe de Lesieur vrai, l'aisselle droite est sonore et la respiration s'entend pure jusqu'à la base. Si l'aisselle perd sa sonorité et l'auscultation montre des signes pulmonaires ou pleuraux, on a affaire à des complications pleuro-pulmonaires qui ont été groupées par M. le professeur Mouriquand, sous la rubrique de « faux signes de Lesieur ». (Voir observations VIII, IX, X, XI, XII). La ponction exploratrice confirme, d'ailleurs, cette manière de voir.

Nous avons déjà vu que l'emphysème abaissait la ligne de matité jusqu'à la ligne basilaire. En cela, il complique encore le diagnostic de costodiaphragmatite.

De même la congestion pulmonaire modifie cette séméiologie en surajoutant ses râles et sa matité. Il est très difficile de distinguer ce qui doit être attribué au poumon et à la plèvre.

Comme l'ont fait remarquer Charcot et Brouardel, la pneumonie est souvent pleurogène et Lasègue a dit que la pleurésie est une maladie du poumon.

Dans tous ces cas, la Radioscopie peut rendre d'utiles services.

L'Exploration Radiologique (1)

La mobilité du foie et du diaphragme est souvent troublé dans les abcès du foie, la péri-hépatite, la névralgie phrénique, la pleurésie diaphragmatique, les pleurites de la base, etc...

L'emphysème pulmonaire, en agrandissant le champ pulmonaire, abaisse le diaphragme et diminue l'amplitude de ses déplacements, de même la tuberculose (signe de Williams) ; le pneumothorax, les épanchements pleuraux refoulent le foie vers l'abdomen, alors qu'au contraire le météorisme, les tumeurs abdominales, la vessie distendue, la grossesse avancée le soulèvent vers le thorax.

Les anomalies de volume et de forme du foie s'observent surtout dans deux grandes affections : les kystes hydatiques et les abcès.

Le kyste hydatique est une affection relativement rare en France, mais à laquelle le médecin pense assez volontiers.

Quelques exemples tirés de la pratique montreront à la fois l'importance d'un radiodiagnostic bien conduit et la prudence qui convient à l'interprétation.

L'exploration radiologique comporte trois solutions :

1° *L'examen permet d'éliminer le kyste hydatique.* —
Procédons par des exemples : Un malade, âgé de 22 ans, présente une voussure thoracique, avec matité très étendue sus-hépatique, suppression des bruits respiratoires, symptômes de compression, etc... on pense à un

(1) DESTERNES et BAUDON : *Journal de Radiologie*.

kyste du poumon ou du foie. L'examen révèle une opacité à bord supérieur irrégulier, plus sombre à la partie moyenne qu'à la base du champ pulmonaire, l'aorte est repoussée vers la gauche : le diagnostic radiologique tumeur pulmonaire, avec léger épanchement pleural secondaire, est confirmé par la ponction et l'opération.

— Chez un homme de 56 ans on observe, depuis quelque temps, des accès nocturnes d'oppression, de la matité sus-hépatique, un foie débordant largement dans l'abdomen : l'examen montre un cœur dilaté et une pleurésie méconnue qui abaisse le foie.

— Un autre malade présente en même temps que les symptômes de grande suppuration, une matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate : on pense à un kyste pulmonaire suppuré ou à une pleurésie purulente ; la Radioscopie montre une énorme opacité, remontant jusqu'à la 3^e côte, mais cette opacité a pour limite supérieure la ligne régulière du diaphragme surélevé et distendu en un vaste arc de cercle : nous affirmons l'existence d'un abcès sous-phrénique et l'autopsie confirme ce diagnostic.

2° *L'examen oriente vers deux ou trois affections dont le kyste hydatique, sans pouvoir à lui seul assurer le diagnostic.* — La déformation en dôme du bord supérieur du foie peut se rencontrer aussi bien dans les kystes hydatiques du foie ou même du poumon et dans les abcès du foie, les bosselières multiples peuvent être le fait de kystes hydatiques multiples, mais aussi de certaines formes de carcinome ou syphilis. Bécclère a présenté au Congrès d'Amsterdam une observation

de foie syphilitique dont l'aspect radiologique avait fait conclure à la présence d'un kyste hydatique.

La vésicule biliaire, très distendue, peut simuler un kyste de la face inférieure du foie.

3° *L'examen aboutit au diagnostic ferme de kyste hydatique.* — Le caractère pathognomonique du kyste hydatique, celui qui permet d'affirmer, sans aucun doute, sa présence, c'est sa forme sphérique. L'image est celle d'un arc de cercle, d'une circonférence plus ou moins complète, mais régulière, comme tracée au compas.

Résultats obtenus par l'exploration radiologique dans la recherche des kystes hydatiques.

En 1904, Gagnière, dans le *Traité de Radiologie*, cite deux cas où l'examen permit de soupçonner l'existence de kystes, le premier pulmonaire, le second hépatique.

En 1904 également, Aubourg eut l'occasion de diagnostiquer un kyste chez un malade antérieurement opéré d'un autre kyste de la face inférieure du foie. « L'examen radioscopique montra que ce malade présentait un foie en mosquée, dont le dôme remontait à 8 cm. au-dessus de la normale. »

Trois observations de Béclère, présentées au Congrès d'Amsterdam, sont particulièrement intéressantes.

Il s'agit d'un malade de 45 ans, pâli, amaigri, anorexique, chez lequel la rapidité des accidents, le volume du foie faisaient porter le diagnostic de cancer massif du foie. L'examen radioscopique montra le dôme hépatique soulevé et déformé par une saillie demi-cerclée, à contours nets, le diagnostic de kyste hydatique en découlait et fut confirmé par l'opération. A ce même

Congrès, Béclère put montrer les premiers clichés publiés en France de kyste hydatique du foie ; l'un, de kyste du lobe gauche, faisant saillie à l'épigastre et donnant à la Radiographie une convexité en arc de cercle régulier ; l'autre, de kyste hydatique du bord inférieur, se traduisant par une saillie anormale à contour irrégulièrement polycyclique.

Dans certains cas, l'examen permet d'affirmer un kyste hydatique, mais la localisation en est difficile : s'agit-il d'un kyste pulmonaire ou d'un kyste du bord supérieur du foie à développement thoracique ? Barjon, dans la *Revue de Médecine*, a cité deux cas où l'examen ne peut résoudre la question. Le plus souvent cependant, l'exploration sous diverses incidences de toute la face supérieure du foie, l'étude de la mobilité diaphragmatique permettent un diagnostic exact.

Dans les abcès du foie, les signes radiologiques varient selon qu'il s'agit d'une collection centrale, d'une collection périphérique, d'une collection ouverte.

Le premier cas intéresse plus spécialement notre travail. On constate une augmentation du volume du foie, mais, fait important, cette hypertrophie se montre aussi bien par en haut, vers le thorax, que par en bas.

Béclère concluait ainsi sur le radiodiagnostic des abcès du foie : « Il est hors de doute que la Radioscopie peut rendre des services au praticien pour aider au diagnostic des abcès de la face postéro-supérieure du foie ; par contre, elle ne donne aucun renseignement, ainsi que nous l'avons constaté plusieurs fois, dans le cas des abcès de la région antéro-inférieure qui évoluent vers l'abdomn. »

Dans les abcès de la face convexe du foie, cet organe étant augmenté de volume, refoule davantage la moitié de la voûte et cette dernière peut alors présenter une différence de 5 à 6 cm. par rapport à la moitié gauche.

En outre les mouvements du muscle étant douloureux, par suite de l'inflammation qui a pu se propager à son tissu, il s'immobilise et l'on aperçoit alors la moitié gauche qui continue ses oscillations, tandis que la moitié droite ne bouge pas. L'inflammation peut se transmettre à la plèvre à travers le diaphragme, et l'on constate, en plus de la dénivellation anormale des deux moitiés de la voûte et de l'immobilisation de la partie droite, l'oblitération du sinus costodiaphragmatique droit, par accollement de ses parois ou la présence d'une faible quantité de liquide dans la cavité pleurale.

Le processus inflammatoire peut également se transmettre à la base du poumon droit dont le tissu se condense, puis peut suppurer à son tour ; on remarque alors au-dessus du diaphragme, et en contact avec lui, une zone d'ombre irrégulière, occupant la base pulmonaire. L'abcès du foie peut aussi, après avoir progressé à travers le diaphragme et la base du poumon droit, venir s'ouvrir dans une bronche et donner lieu à une vomique ; dans ce cas, on verra la base du poumon parcourue par une traînée opaque, plus ou moins large, se continuant avec le foie et se dirigeant de bas en haut et de dehors en dedans.

Dans les *abcès sous-phréniques* ne se rattachant pas à l'aspect hépatique, l'aspect est tout différent : le diaphragme peut être considérablement surélevé, refoulé

jusqu'à l'omoplate, mais la déformation des contours fait défaut.

Ainsi, chez une malade, très cachectique et présentant tous les symptômes de grande suppuration, ainsi que les signes physiques d'une pleurésie, la ponction exploratrice montre un liquide, dont les caractères histo-chimiques ne concordent pas au diagnostic de pleurésie ; la Radioscopie est demandée et montre le diaphragme soulevé en une énorme voûte régulièrement cintrée jusqu'au niveau de la 3^e côte ; le diagnostic d'abcès sous-phrénique est vérifié à l'autopsie.

Dans les cas de ce genre, la Radioscopie ne permet aucun doute, mais il en est d'autres où la difficulté est grande de décider entre la pleurésie purulente et l'abcès du foie.

Achard a conseillé le procédé suivant de diagnostic : Après évacuation d'une certaine quantité de liquide, on injecte de l'air. S'agit-il d'une pleurésie, le niveau du liquide est sus-phrénique et s'étale librement. Dans l'abcès du foie, au contraire, la zone claire gazeuse est limitée en haut par une bandelette d'ombre arciforme qui n'est autre que le diaphragme. Ainsi se trouve réalisé l'abcès gazeux sous-phrénique, caractérisé par la présence d'une zone claire, dissociant l'ombre phréno-hépatique, séparant le diaphragme du foie.

Après nous être étendus assez longuement sur les signes particuliers des diverses affections, il nous semble indispensable de dire un mot sur les causes d'erreurs qui pourraient résulter d'affections des organes voisins.

Du côté thoracique (le seul qui nous intéresse dans

ce travail), les altérations du poumon, de la plèvre, du péricarde, du cœur, en modifiant la clarté du champ pulmonaire et l'aspect normal du diaphragme, peuvent se confondre avec des troubles analogues résultant d'inflammations sous-phréniques propagées : c'est dans l'étude de la ligne arciforme qui représente le diaphragme que l'on trouvera les éléments du diagnostic, et la méthode d'Achard, pour le diagnostic des pleurésies et des abcès hépatiques, nous en a donné un exemple.

En résumé, dans la plupart des affections de la région hépatique, la Radiologie apporte d'utiles renseignements, et, dans certaines maladies, kystes hydatiques, abcès du foie, lithiase, cholécystite, elle est à même de guider l'intervention et d'éviter des erreurs.

OBSERVATION I

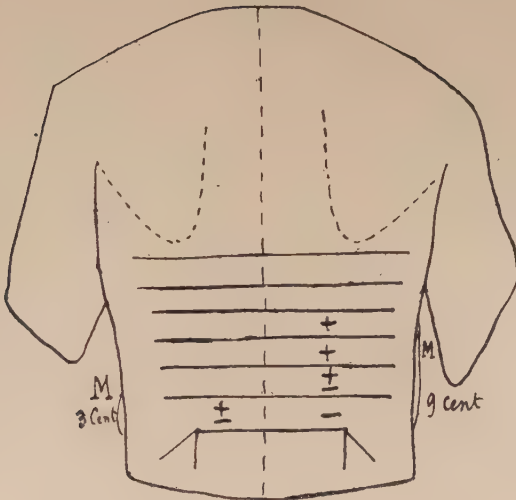
COSTODIAPHRAGMATITE PURE POST-PLEURÉTIQUE. — EPAN-
CHEMENT SÉRO-FIBRINEUX NON PONCTIONNÉ.

B..., classe 1914. Réformé en mars 1914, puis en octobre 1914, pour faiblesse constitutive. Service auxiliaire en mars 1917. En Orient, janvier 1918. Evacué en novembre 1918, pour accès tierces secondaires ; a séjourné dans les hôpitaux jusqu'à son rapatriement (février 1919).

Accès répétés en permission, très fréquents en juin et juillet. Entré le 19 juillet, hôpital complémentaire n° 9. Se plaint d'un point de côté à droite. Amaigrissement.

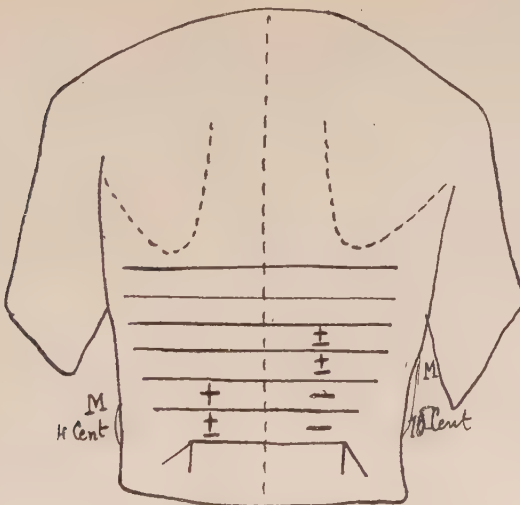
23 juillet 1919. — Matité base droite remontant à huit travers de doigt au-dessus de la ligne basilaire. Frottements dans tout l'hémithorax droit jusque dans la fosse sous-épineuse. Bon état général, pas de fièvre.

26 juillet 1919. — Même état général, mêmes signes cliniques, pas de fièvre.



Gros foie pur, sans costodiaphragmatite

Remarquer que R + commence au dessous de la ligne de matité



Gros foie (amibieu) avec costodiaphragmatite

Remarquer que R + dépasse la ligne de matité
Dans ce cas = matité avec obscurité sous-axillaire élevée

27 juillet 1919. — La ponction exploratrice ramène un liquide citrin séro-fibrineux. Formule lymphocytaire.

30 juillet 1919. — La matité s'est élevée de trois travers de doigt en arrière, les frottements ont disparu. La matité tourne dans la sous-aisselle et remonte à deux travers de doigt de la ligne mamelonnaire transverse.

2 août 1919. — *Radioscopie*. — Léger voile des deux sommets surtout accentué à droite. A la base droite, persistance d'un léger épanchement avec nombreuses adhérences qui diminuent d'une façon très marquée la course de la coupole diaphragmatique.

Le sinus a complètement disparu, adénopathie hilare bilatérale.

Examen clinique. — Matité de 8 cm. au-dessus de la ligne basilaire du côté droit. Abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. R — et R + au-dessus de la limite supérieure.

Malgré un épanchement beaucoup plus petit, la costodiaphragmatite secondaire est plus intense que dans le cas précédent.

OBSERVATION II

B... Gros foie avec hypertrophie de la rate. Légère ascite. Epistaxis répétés. Pas de paludisme, ni d'amibiase connus. Traitement à l'émétine sans amélioration sensible.

Examen clinique. — Ligne de matité à 9 cm. au-dessus de la ligne basilaire. On entend R + très net au-dessous de cette ligne. L'examen radioscopique latéral montre l'intégrité du sinus et de la languette pulmonaire.

OBSERVATION III

W... Gros foie sans réaction pleurale chez un ancien paludéen et amibien (Cochinchiné). Hypertrophie de la rate. Dilatation gastrique et troubles dyspeptiques.

Examen clinique. — Hauteur thoracique, 40 cm. Ligne de matité droite à 10 cm.; ligne de matité gauche à 6 cm.

R + apparaît très nettement au-dessous des deux lignes de matité droite et gauche.

Radioscopie pulmonaire. — Sinus droit libre, quelques ganglions anciens.

OBSERVATION IV

B... — HYPERTROPHIE DU FOIE. — CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE

Hypertrophie du foie dont le bord inférieur se trouve sur une ligne transversale passant par l'ombilic, un peu douloureux à la palpation. Sa limite supérieure atteint le 4^e espace. La rate est grosse. On sent son pôle inférieur à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Matité.

Malade sujet aux épistaxis.

Légère ascite. Circulation complémentaire.

Hauteur du foie sur la ligne mamelonnaire : 22 cm.

Hauteur du foie sur la ligne axillaire : 20 cm.

La respiration s'entend nettement au-dessous du rebord des fausses côtes.

La matité n'apparaît pas nettement dans l'abdomen. On sent le foie à 6 ou 7 cm. au-dessous des fausses côtes.

Ni bacille de Koch, ni kyste amibien.

OBSERVATION V

PALUDISME. — SPLÉNOMÉGALIE. — ANÉMIE MARQUÉE.

C... Pleurésie g., à 20 ans ; scarlatine à 21 ans ; a fait la campagne d'Orient en septembre 1918. Premier accès de paludisme : hospitalisé à Monastir, puis à Salonique ; une dizaine d'accès en 2 mois d'hospitalisation.

T : variant de 40 à 41°.

Depuis trois semaines, accès de paludisme, tous les 2 ou 3 jours. T. : 40°. Thérapeutique : quinine, antipyrine.

Rate très nettement hypertrophiée.

Dépasse de trois travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes, par contre paraît refoulée en haut. Sa matité nette commence à un travers de doigt du mamelon et s'arrête à 4 cm.

Région sous-axillaire mate. Impression de poids ascendant. Abdomen non distendu, en arrière matité. La respiration

s'entend encore bien au-dessus de la ligne de matité. Teint subictérique. Amaigrissement, anémie.

Matité à 4 cm. sous le mamelon.

— à 18 cm. de la ligne basilaire à droite.

— à 8 cm. de la ligne basilaire à gauche.

OBSERVATION VI

B... J..., A P : néant ; A H : néant.

Malade depuis le 2 août. Pouls : 136 ; T. : 37°8 ; à l'entrée, 39°2.

Le malade se plaint d'un point à la base droite. Il a aussi des coliques : diarrhée.

Percussion. — A droite, zone de matité, 13 cm. au-dessus de la ligne basilaire ; à gauche, zone de matité, 7 cm. au-dessus de la ligne basilaire.

Auscultation. — Diminution du murmure vésiculaire à la base. Quelques frottements disséminés.

Foie. — Mensurations :

Matité à 7 cm. au-dessous du mamelon.

— à 12 cm. sur la ligne mamelonnaire.

— 11 cm. 5 sur la ligne axillaire.

Lorsqu'il s'agit d'un gros foie paludéen ou amibien avec un certain degré de réaction pleurale, R + n'apparaît que quelques segments au-dessus de la ligne de matité franche.

OBSERVATION VII

HÉPATITE AMIBIENNE ET RÉACTION PLEUROPULMONAIRE DROITE

B..., 25 ans. Pas d'antécédents pathologiques.

Engagé à 19 ans (infanterie coloniale), Afrique Occidentale. Hospitalisé à Bammako, en septembre 1918, pour une affection qui paraît avoir été une dysenterie amibienne. Selles : gelée de groseille, traitement à l'ipéca. Rapatrié en novembre 1918, après dix-huit mois de séjour.

Rechute de dysenterie en décembre, selles sanglantes et amaigrissement extrême, poids 45 kil. (il pesait 57 kil. à

son départ à la colonie). Traité à l'hôpital 66 (Toulouse) où les selles ont été examinées au microscope.

Le diagnostic ferme de dysenterie amibienne a été porté et il a reçu de l'émétine (0 gr. 04 par jour pendant quinze jours, avec repos tous les quatre jours). Il sort guéri le 1^{er} mars et rejoint son dépôt à Lyon.

Le 2 mai, frisson, sueurs profuses, température 40°. Admis à l'hôpital N° 9, Point de côté droit.

Poumons. — Râles sibilants à droite sous la clavicule, frottements pleuraux au-dessous de la ligne mamelonnaire.

Foie. — Très hypertrophié. Le point de côté est localisé à la base et s'irradie vers le sommet droit.

Examen des crachats. — Pas de bacilles de Kock.

Examen des selles. — Pas de kystes amibiens.

Radioscopie le 17 mai 1919. — Diaphragme immobile. Convexité hépatique beaucoup plus considérable que normale en position antérieure. En transverse, la convexité du diaphragme est surtout très marquée à droite. Sinus voilés en avant et en arrière.

Malgré des signes de réaction pleurale avec congestion de la base du poumon, on pose le diagnostic ferme d'hépatite amibienne en raison des antécédents dysentériques, et le traitement à l'émétine est institué.

18 avril 1919. — L'auscultation de la base en pleine matité offre une obscurité respiratoire commençant au-dessus de la ligne de matité. Même obscurité respiratoire au-dessus de la limite sous-axillaire de la matité hépatique.

29 avril 1919. — L'état général s'est beaucoup amélioré. Le traitement à l'émétine est arrêté quelques jours après et le malade sort guéri.

La séméiologie clinique et radioscopique ont révélé, dans ce cas, l'existence d'une costodiaphragmatite concomitante.

OBSERVATION VIII

G..., 32 ans. Entrée le 27 mai.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes, le point cystique n'est pas perçu.

Aux poumons, râles de bronchite. La submatité est très légère, le signe de Lesieur reste douteux.

Le 16 juin, on constate, au niveau de la base droite, de la submatité, mais en même temps, l'auscultation décèle à ce niveau de l'obscurité respiratoire. De plus, le malade a une toux sèche, quinteuse. On fait une ponction qui ne ramène rien.

On traite alors par des applications de teinture d'iode ; la submatité et les signes pulmonaires disparaissent peu à peu.

OBSERVATION IX

L..., 41 ans. Entrée le 17 mai.

Rien d'anormal au niveau du foie.

Aux poumons, bronchite diffuse. La submatité nette au début.

Le 15 juillet 1913, le malade va parfaitement, au point de vue typhique, mais depuis trois jours la température est remontée et cette réascension thermique paraît être en relation avec de nouveaux phénomènes pulmonaires.

En effet, on trouve à la base droite une submatité très nette, presque de la submatité avec de l'obscurité respiratoire et quelques râles sous-jacents.

Le 17, les phénomènes pulmonaires sont stationnaires, la ponction ramène quelques gouttes d'un liquide clair. On colore au violet de gentiane, on trouve un abondant réseau de fibrine englobant quelques polynucléaires.

OBSERVATION X

P..., 24 ans. Entrée le 20 août.

Le foie paraît normal ; cependant sa zone de matité est diminuée.

Aux poumons, submatité du sommet droit avec obscurité respiratoire à ce niveau. Sibilances diffuses dans le reste de l'appareil. Ebauche de signe de Lesieur.

Plus tard, on note aux deux bases, mais surtout à droite, de l'obscurité respiratoire avec des râles fins de congestion.

La submatité que l'on trouve est certainement due ici à l'atteinte pulmonaire et non à l'hypertrophie hépatique.

OBSERVATION XI

C..., 15 ans. La maladie a débuté vers le 10 février. Entrée à l'hôpital le 18 février.

Tous les signes de la dothiénenterie existent dès ce moment.

Taches rosées, diarrhée, hypertrophie splénique, hémoculture positive. Séro-diagnostic à un cinquième. Le foie paraît normal et non douloureux. Pas de point cystique.

Le signe de Lesieur est net, l'auscultation ne révèle à la base droite que quelques râles légers et quelques sibilances.

4 mars. — Submatité nette, quelques ronchus incapables à expliquer.

7 mars. — Signe de Lesieur positif, pas de signes pulmonaires.

10 mars. — Apparition de râles fins, la submatité se change en matité qui n'est plus due à la présence du foie.

12 mars. — Tous les signes de la pneumonie se sont installés.

13 mars. — La matité semble diminuer à droite, tandis qu'elle apparaît à gauche.

15 mars. — Décès.

26 février. — Prise de sang.

Résultats : Urée, 0,72 ; azote total, 0,186 ; coefficient azoturique, 0,18.

Autopsie. — On trouve un foie hypertrophié, mou, graisseux et pâle avec, par endroits des aspects de foie cardiaque. Son poids est de 1.780 grammes.

Appareil pulmonaire : à droite, hépatisation du lobe inférieur tout entier et du quart environ du lobe supérieur ; 100 grammes d'exsudat pleurétique.

A gauche, hépatisation commençante.

La mort paraît être survenue à la suite d'une pneumonie hypostatique, l'hépatisation siégeant surtout sur le bord postérieur du poumon.

Vésicule normale. Pas de péricholécystite.

OBSERVATION XII

B... Joséphine, 16 ans.

Le foie, considérablement hypertrophié, descend à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes, sa hauteur totale en avant, mesurée par la percussion, est de 30 cm.

La respiration est normale, pas de bruits surajoutés, pas d'obscurité. A la base droite, submatité très nette, remontant jusqu'au niveau de la pointe de l'omoplate (Signe de Lesieur).

OBSERVATION XIII (résumée)

P... Laurent, 53 ans, maçon.

A. H. — Néant.

A. P. — Rhumatisme articulaire aigu, pendant 15 jours, il y a 30 ans.

En 1918, accident primitif traité chez le professeur Nicolas, par trois séries d'injections intraveineuses.

Alcoolisme considérable. Dans la période d'entraînement 5 à 6 litres de vin. Absinthisme à haute dose. Pituite ancienne.

Depuis 5 ans, le malade a remarqué une diminution de sa capacité de travail sans dyspnée d'effort.

Bronchites à répétition depuis.

Trois semaines avant son entrée, le malade se sent plus essoufflé. Il tousse davantage, a une sensation de constriction thoracique, se plaint surtout du côté droit.

29 novembre. — A l'entrée, on est en présence d'un homme vigoureux, légèrement obèse. Teint jaune, sans subictère. Pas de dyspnée au repos.

L'attention est attirée sur le foie qui est manifestement gros et dur à la palpation de la portion qui borde les fausses côtes (dépassant trois travers de doigt). La matité hépatique apparaît à 3 cm. sous le mamelon et mesure 23 cm. sur la ligne mamillaire et 22 cm. sur la ligne axillaire. La matité rétro-hépatique remonte à 18 cm. au-dessus de la ligne basilaire.

Pas d'ascite, pas de circulation collatérale, pas de grosse rate.

L'emphysème, très accusé, bilatéral, un peu de submatité

aux bases. Pas de petits signes de brightisme, pas d'albumine, tube digestif et reins normaux.

Il n'existe aucun signe périphérique d'insuffisance cardiaque et notamment pas d'œdème.

Révulsion scarifiée du thorax. Poudre de Dower. Le malade est mis au petit régime.

18 décembre. — La dyspnée arrive par accès à l'occasion du moindre mouvement. La digitale n'améliore pas l'état pulmonaire, ni cardiaque.

Radioscopie. — On trouve à l'écran un gros foie dont le dôme remonte presque au niveau du mamelon, et dont le lobe inférieur descend à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque.

Cœur très-élargi à sa base et couché sur le diaphragme : aspect triangulaire dû à la dilatation du ventricule droit.

On a pu, au cours de cet examen, écarter facilement l'hypothèse de cirrhose hypertrophique, car les lésions cardiaques sont au premier plan et ont orienté le diagnostic vers le foie cardiaque. Il est des cas où une coexistence analogue des lésions pleuro-pulmonaires droites et hépatiques ne s'accompagnent pas de cardiopathie aussi manifeste. Il faut la rechercher et, quelquefois, c'est la première crise d'hyposystolie qui met sur la voie du diagnostic.

OBSERVATION XIV

R..., 44 ans.

A. H. — Néant.

A. P. — Néant.

En 1910, ancienne tumeur vésicale papillomateuse non maligne, opérée par les docteurs Mollin et Reynard.

Gros disque d'albumine.

Urines un peu troubles.

Rien de particulier jusqu'en 1917, le malade a assuré un service fatigant.

En septembre 1918. — Opéré, par M. le professeur Rochet, d'un papillome vésical.

En mai 1919. — Néphrotomie (pyo-néphrose rein droit, consécutive à vieille infection vésicale, entretenue par les tumeurs). Le malade avait une T. de 38°. On constate un rein droit, gros, douloureux, avec abcès antérieur pointant vers l'abdomen. On l'ouvre par la voie abdominale latérale. Pus épais, phlegmoneux, pas d'urine. L'abcès continue à se vider, surtout quand on appuie fortement en avant, pendant le pansement. Bon état général.

Septembre 1919. — Par la fistule rénale il s'écoule toujours un pus abondant, crémeux. Le rein paraît toujours très gros.

Pas de fièvre. Le malade présente des crachats purulents, abondants.

Signes d'épanchement pleural au complet à la Radioscopie, présence d'une collection intra-pleurale ou intra-pulmonaire.

Deux ponctions exploratives négatives.

Janvier 1920. — Le malade amaigri, affaibli, entre à nouveau dans le service. Les urines sont légèrement troubles, disque d'albumine. Les crachats purulents, abondants, sont **de même couleur que le pus qui s'écoule par la plaie, toujours ouverte.**

A la percussion, on trouve, en arrière, une matité franche de 12 cm. au-dessus de la ligne basilaire. Le foie ne semble pas augmenté de volume en avant. A l'auscultation, pas de signes nets, quelques râles congestifs, obscurité de la base.

Examen du docteur Chalié, médecin des hôpitaux.

« A la base droite, submatité de plus d'un travers de main qui se confond latéralement avec la matité hépatique normale. Diminution des vibrations, diminution de l'expansion. Aspiration inspiratoire des espaces intercostaux inférieurs, diminution du murmure, râles congestifs, pas de pectoriloquie aphone, ni d'égophonie, pas de flot. Une ponction dans le 10^e espace ne ramène pas de liquide.

« On admet une symphyse pleurale costodiaphragmatique avec fistule faisant communiquer directement la collection abdominale avec une bronche. »

Le traitement éventuel comprendra une néphrectomie totale du rein droit, mais après s'être assuré, par un cathéterisme urétéral, de la valeur fonctionnelle du rein gauche.

OBSERVATION XIV

Examen radioscopique du thorax (docteur Coste)

Sommets. — Les deux sont absolument clairs.

CHAMPS PULMONAIRES. — 1° DROIT.

Les deux tiers supérieurs sont absolument normaux.

Par contre, la *base* est occupée par une ombre dense de trois à quatre travers de doigt de hauteur. La limite supérieure de cette ombre est très nette et à peu près *horizontale*, sauf dans sa partie moyenne où elle est très légèrement convexe en haut. De plus, elle semble se relever légèrement en dedans, vers le contour de l'oreillette droite, en dehors sur la paroi latérale thoracique. De ce fait, le sinus cardiophragmatique droit et le sinus costodiaphragmatique droit sont complètement comblés.

Cette ombre basale n'est pas surmontée d'une portion de champ pulmonaire plus claire que normalement, la succussion hippocratique ne fait pas apparaître de vagues liquides, la position latérale (flexion du malade sur le côté droit) ne modifie pas l'horizontalité de l'ombre. Il ne s'agit donc pas, pour toutes ces raisons, d'un liquide très mobile, comme on le voit dans les hydro ou pyo-pneumothorax. De plus, dans les mouvements respiratoires forcés, cette zone opaque basale, confondue avec l'ombre du foie, dont on ne peut la dissocier et qui, de ce fait, ne permet pas de voir la limite diaphragmatique, présente les mêmes mouvements de descente et d'ascension que la base gauche, mais moins étendus cependant. En tout cas, le phénomène du « mouvement de balance », si fréquent dans l'hydro ou pyo-pneumothorax, fait défaut.

Pas de déviation du médiastin.

Les ombres hilaires sont normales.

2° GAUCHE.

Rien de particulier à signaler.

En somme, on peut affirmer qu'il n'existe pas au niveau du champ pulmonaire droit de signes permettant de conclure à un hydro ou à un pyo-pneumothorax total. Il semble qu'on peut affirmer, en outre, qu'il existe des adhérences très épaisses et très étendues unissant la base gauche à la voûte diaphragmatique. L'image radioscopique observée ne permet pas de dire s'il existe ou non, à ce niveau, une collection liquide ; elle permet, par contre, de supposer que, s'il existe du liquide libre, celui-ci n'est pas très abondant.

CONCLUSIONS

En résumé, la pathologie de la base droite comporte :

1° Des cas dont le diagnostic est aisé ou plus ou moins laborieux, mais toujours possible, par l'ensemble des troubles fonctionnels et des symptômes physiques aidés des moyens de Laboratoire et de la Radioscopie.

2° Des cas compliqués à symptomatologie fruste ou à lésions chevauchant sur les territoires hépatique et pulmonaire et dont l'origine est difficile à déterminer.

Dans ces cas on aura utilement recours aux repères et aux procédés précédemment décrits, à savoir :

a) la ligne basilaire qui donne rapidement et exactement la limite inférieure du thorax ;

b) le déplacement du niveau inférieur de la respiration normale, peu modifié dans les affections hépatiques, très modifié dans les affections pleuro-pulmonaires ;

c) les modifications de la forme de la matité hépatique (recherche axillaire) ;

d) le déplacement ou l'immobilité de la ligne supérieure de la matité hépatique, pendant la respiration profonde (foie lésé, diaphragme reste mobile ainsi que matité ; plèvre lésée, diaphragme immobile) ;

e) la nécessité d'un contrôle radioscopique dans les cas difficiles.

VU :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Le Président de la thèse,
GEORGES MOURIQUAND

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 24 février 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

ALBERT WADDINGTON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARTH. — Séméiologie de l'appareil respiratoire (Paris, Asselin, 1865).
- BATEMANN. — De la pleurésie purulente enkystée des sinus costodiaphragmatiques (*Thèse*, Lille, 1909).
- H. BÉCLÈRE. — Le Radiodiagnostic des affections du foie (*Thèse*, Paris, 1910).
- BEZANÇON. — Les cavernes tuberculeuses de la base du poumon (*Paris Médical*, 1^{er} février 1913).
- CARROSSE. — Les costodiaphragmatites discrètes dans l'armée (*Thèse*, Lyon, 1919).
- CASSAËT. — Précis de percussion et d'auscultation (Collection Testut).
- CASTAIGNE et FIESSINGER. — Les maladies du foie et des voies biliaires (Paris, Poinat, 1918).
- CASTAIGNE et FIESSINGER. — Les maladies de la plèvre (Paris, Poinat, 1918).
- DEBOVE, CASTAIGNE, CHIRAY. — Maladies du foie.
- DESMAROUX (Vichy). — Kyste hydatique multiloculaire du foie (*Le Centre médical*, 1^{er} janvier 1905).
- DESTERNES et BEAUDON. — *Journal de Radiologie*.
- DEVÉ. — Kystes hydatiques du foie (*Revue de Chirurgie*).
- GUÉNEAU DE MUSSY. — La percussion en inspiration retenue dans les processus pleuraux. Leçons cliniques.
- JAUGEAS. — Radiodiagnostic clinique (Paris, Masson, 1918).
- LEJARS. — L'Hypocondre droit (*Presse Médicale*, 1914).
- MONGOUR. — Précis des maladies du foie (Collection Testut).
- MOURIQUAND. — Le signe de la matité axillaire dans le diagnostic des processus pleuraux (*Presse Médicale*, 1919).
- MOURIQUAND. — Les costodiaphragmatites discrètes dans l'armée et le syndrome de l'extrême base thoracique (*Presse Médicale*, 1917).

- MOURIQUAND. — Auscultation dissociée. Auscultation auriculaire et stéthoscopique (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 18 avril 1910, en collaboration avec M. WEILL).
- NICLOT. — Diagnostic des adhérences pleurales (*Médecine Moderne*, 1902).
- PAILLARD. — La mobilité et les déplacements du foie à l'état normal et pathologique (*Journal Médical franç.*, 1913).
- PAVIOT. — Précis de Diagnostic Médical et de Séméiologie (Collection Testut).
- PRATSICAS. — Séméiologie du creux axillaire (*Thèse*, Lyon, 1917).
- SERGENT. — Technique clinique médicale et Séméiologie élémentaire.
- SKODA. — Traité de percussion et d'auscultation.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique. Foie et voies biliaires.
- TRAPIER. — Etudes anatomo-cliniques (G. Steinheil, Paris, 1909).
- WOILLEZ. — Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation (Paris, Delahaye, 1879).
-

